

(あて先)みなと保健所長

住 所
開設者
氏 名

電 話 番 号 ()
ファクシミリ番号 ()

〔 法人にあつては、名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

診療所(歯科診療所、助産所)開設届出事項一部変更届

下記のとおり医療従事者を変更したので届け出ます。

記

- 1 名 称
- 2 所 在 地
- 3 開設許可(届出) 年 月 日 第 号
- 4 変更した理由 医療従事者の就退職による
- 5 変更した事項

職種	氏 名	臨床研修等修了 登録年月日	免 許 登 録		就 職 退 職	同年月日	摘 要 欄
			番 号	年 月 日			

職種別 人数	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	保 健 師	助 産 師	看 護 師	准 看 護 師	放 射 線 技 師	検 査 技 師	栄 養 士	歯 科 衛 生 士	歯 科 技 工 士									計	
	変更前																					
変更後																						

(注) 1 就職した医療従事者は免許証(原本)を提示のうえ写しを添付すること。 医師、歯科医師については臨床研修修了登録証の原本も提示のうえ写しを添付すること。 ただし医籍登録年月日が平成16年3月31日以前、および歯科医籍登録年月日が平成18年3月31日以前の者については、臨床研修修了登録証の添付は必要としない。
2 摘要欄には医師、歯科医師の担当診療科名、診療日及び診療時間を記入すること。